Recommandations

de la Société Française de Rhumatologie
pour **dépister ou prévenir les maladies associées aux rhumatismes inflammatoires chroniques**

SfR
société française
de rhumatologie

page blanche

Editorial

Le pronostic des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique, comme la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante, a été bouleversé favorablement grâce à une meilleure prise en charge et notamment de nouvelles thérapeutiques. Une meilleure connaissance du devenir des malades a mis en exergue l'importance, à côté du rhumatisme, d'autres affections que l'on appelle couramment dans le langage médical « co-morbidités ».

Ces maladies associées peuvent exister avec la même fréquence que dans la population générale (personnes ne souffrant pas de rhumatisme inflammatoire), mais aussi parfois à une fréquence plus élevée. Ceci est dû à la maladie rhumatismale (l'inflammation est toxique pour de nombreux tissus), mais parfois également aux traitements nécessaires pour juguler le rhumatisme inflammatoire (comme la cortisone par exemple).

Afin d'améliorer encore le devenir des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire, il est donc nécessaire, comme chez toute personne, mais peut-être de manière encore plus importante que chez toute personne de prévenir ces maladies associées ou co-morbidités.

La prise en charge, et notamment les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces maladies, est généralement la même que chez toute personne bien portante. Toutefois, il existe quelques spécificités chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique notamment en ce qui concerne la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ou les conseils relatifs aux vaccinations.

Toutes ces raisons ont fait que la Société Française de Rhumatologie a décidé de promouvoir cette initiative visant à faciliter cette prise en charge.

Ce manuel, et notamment les fiches pratiques, ont été élaborés de telle manière que les patients eux-mêmes puissent prendre conscience des mesures à mettre en œuvre pour prévenir ces affections. Bien entendu, ce manuel pourrait également être utile à tous les médecins (et notamment les médecins généralistes) et/ou à tous les professionnels de santé (par exemple les infirmières) qui sont amenés à prendre en charge les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique.

La liste des affections concomitantes ou co-morbidités que nous abordons dans ce manuel n'est bien entendu pas exhaustive. Nous avons toutefois essayé de traiter les questions pratiques (pouvant justifier d'une mesure préventive) des maladies à l'origine de mortalité ou de morbidité importantes. C'est ainsi que nous abordons dans ce manuel les techniques de détection ou de prévention des maladies cardiovasculaires, infectieuses, cancéreuses et de l'ostéoporose.

Bien entendu, il faut se rappeler que ce manuel a été élaboré en 2010 en fonction des connaissances à cette date.

Il sera nécessaire de le mettre à jour au fur et à mesure que d'autres informations seront disponibles pour les diverses affections concomitantes évaluées.

Recommandations

de la Société Française de Rhumatologie pour dépister ou prévenir les maladies associées aux rhumatismes inflammatoires chroniques

1. Maladies cardiovasculaires 7

A Justificatifs 7

B Y a-t-il indication à consulter un cardiologue pour discuter d'un traitement anti-agrégant plaquettaire à visée préventive ? 8

✔ Fiche pratique n°1 « *Evaluation du risque cardio-vasculaire…* »

Annexes I (Evaluation du risque d'accident cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral dans les 10 années à venir pour les femmes et les hommes (Modèle dit de Framingham)

C Y a-t-il indication d'un traitement hypolipémiant ? 11

✔ Fiche pratique n°2 « *Evaluation du cholestérol* »

D Y a-t-il indication d'un traitement d'un éventuel diabète ? 13

✔ Fiche pratique n°3 « *Diabète* »

E Y a-t-il indication d'un traitement d'une éventuelle hypertension artérielle ? 15

✔ Fiche pratique n°4 « *Tension artérielle* »

F Y a-t-il indication d'un traitement d'une éventuelle obésité ? 17

✔ Fiche pratique n°5 « *Obésité* »

G Y a-t-il indication de sevrage tabagique ? 19

✔ Fiche pratique n°6 « *Tabagisme* »

H Dépistage d'une insuffisance rénale 21

✔ Fiche pratique n°7 « *Fonction rénale* »

2. Maladies infectieuses 25

A Justificatifs 25

B Vaccinations 26

✔ Fiche pratique n°8 « Vaccinations »

C Détection de maladies pulmonaires chroniques 32

✔ Fiche pratique n°9 « *Maladies pulmonaires chroniques* »

D Vérification de l'état dentaire 34

✔ Fiche pratique n°10 « *Soins dentaires* »

3. Maladies cancéreuses 37

A Justificatifs et références bibliographiques 37
B Cancer du sein 38
✔ Fiche pratique n°11 « *Cancer du sein de la femme* »
C Cancer de l'utérus 40
✔ Fiche pratique n°12 « *Détection du cancer de l'utérus* »
D Cancer de la prostate 42
✔ Fiche pratique n°13 « *Cancer de la prostate* »
E Cancer de la peau 44
✔ Fiche pratique n°14 « *Cancer de la peau* »
F Cancer du colon et du rectum 46
✔ Fiche pratique n°15 « *Cancer du colon et du rectum* »
G Cancer du poumon 48
✔ Fiche pratique n°16 « *Cancer du poumon* »
H Lymphome 50
✔ Fiche pratique n°17 « *Lymphome* »

4. Ostéoporose 53

A Justificatifs et références bibliographiques 53
✔ Fiche pratique n°18 « Risque d'Ostéoporose »
Annexes II (Calcul de vos apports calciques quotidiens)

5. Remerciements 59

1. Maladies cardiovasculaires

A. Justificatifs

Si les maladies cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral) ont vu leur fréquence diminuer durant ces dernières années, et ce, grâce à la prise en charge de ces principaux facteurs prédisposants (obésité, diabète, hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme, …), il n'en reste pas moins que ces maladies représentent encore la deuxième cause de mortalité dans notre pays. De plus, le risque de souffrir de maladies cardiovasculaires est augmenté chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire même en tenant compte des risques cardiovasculaires « classiques ». Ce sur-risque peut bien entendu être expliqué par la prise au long cours de médicaments qui sont toxiques pour le système cardiovasculaire comme les corticostéroïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, mais également en raison même de l'existence du rhumatisme inflammatoire. C'est ainsi qu'au cours de la polyarthrite rhumatoïde, le risque de voir survenir une maladie cardiovasculaire est d'autant plus élevé que :

- il existe un syndrome inflammatoire biologique (par exemple, accélération de la vitesse de sédimentation globulaire ou élévation de la Protéine C Réactive) ;
- la maladie rhumatoïde évolue depuis longtemps (plus de 10 ans d'évolution) ;
- la sérologie de la maladie rhumatoïde est positive (présence dans le sang de facteurs rhumatoïdes ou d'anticorps anti-protéines citrullinés (ACPA ou anti-CCP) ;
- que la maladie rhumatoïde s'accompagne de signes extra-articulaires comme des nodules sous-cutanés ou d'une vascularite.

Ces notions justifient de prêter une particulière attention à ces maladies cardiovasculaires et ce, d'autant plus, qu'à côté des recommandations prodiguées à toute personne (population générale) il existe quelques spécificités liées aux rhumatismes inflammatoires.

Dans ce manuel, nous nous sommes attachés à différentes situations qui pourraient bénéficier d'une prise en charge préventive et notamment :

- un traitement anti-agrégant plaquettaire pour fluidifier le sang en cas de risque important d'infarctus du myocarde et/ou d'accident vasculaire cérébral ;
- un traitement hypolipémiant en cas de cholestérol trop élevé ;
- un traitement d'un diabète ;
- un traitement d'une hypertension artérielle ;
- un traitement de l'obésité ;
- un traitement d'un tabagisme ;
- un dépistage et une prise en charge d'une insuffisance rénale.

1. Maladies cardiovasculaires

B. Y a-t-il indication à consulter un cardiologue pour discuter d'un traitement anti-agrégant plaquettaire à visée préventive ?

B.1. Concept

Pour le savoir, il faut d'abord calculer le risque de voir survenir un accident cardiovasculaire en fonction de facteurs de risque.
Ce calcul du risque est explicité en détail dans la fiche pratique n°1, page 9 de ce manuel.
De même, cette fiche propose un rythme d'évaluation de ce risque (1 fois par an).

B.2. Références bibliographiques

1. *Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, et al. EULAR evidence-based Recommandations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2010;69:325-31.*
2. *Soubrier M, Dougados M. Atherosclerosis and rheumatoid arthritis. Rev Med Interne 2006;27:125-36.*
3. *Avina-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum 2008;59:1690-7*
4. *Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. Circulation 2003;107:1303-7.*
5. *van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, et al. Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease, a cross sectional study. The CARRE Investigation. Ann Rheum Dis 2009;68:1395-400.*
6. *Maradit-Kremers H, Nicola PJ, Crowson CS et al. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2005 ;52:722-32.*
7. *Naz SM, Farragher TM, Bunn DK et al. The influence of age at symptom onset and length of follow-up on mortality in patients with recent-onset inflammatory polyarthritis. Arthritis Rheum 2008;58:985-9.*
8. *Turesson C, McCeelland RL, Christianson TJH, Matteson EL. Severe extra-articular disease manifestations are associated with an increased risk of first ever cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2007;66:70-5.*
9. *López-Longo FJ, Oliver-Miñarro D, de la Torre I, et al. Association between anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and ischemic heart disease in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2009;61:419-24.*
10. *Soubrier M, Mathieu S, Bruckert E. Cardiovascular risk in rheumatic diseases : Criteria and scoring. Rev Rhum monographies 2010;doi :10.1016/jj.monrhu.201001.006*
11. *Soubrier M. Le rhumatologue doit-il prescrire des statines ? Rev Rhum 2010;77:115-7.*

B.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 1

EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE JUSTIFIANT UNE CONSULTATION AUPRES D'UN CARDIOLOGUE

1. Prenez-vous un traitement anti-agrégant plaquettaire (médicament visant à fluidifier le sang, comme par exemple Kardegic®, Plavix®, …) ?
❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

2. Avez-vous souffert de :
2.a. infarctus du myocarde ? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas
2.b. angor (angine de poitrine) ? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas
2.c. accident vasculaire cérébral ? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas
2.d. artériopathie oblitérante des membres inférieurs (« artérite ») ?
❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

3. Souffrez-vous de :
3.a. un diabète (cf. fiche n°3) avec clairance de la créatinine <60 ml/min (cf. fiche n°7) ?
❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas
3.b. un diabète (cf. fiche n°3) avec micro-protéinurie >300 mg/24 h (cf. question 2 de la fiche n°7)? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas
3.c. un diabète avec au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire (cf. question 4 de la fiche n°2) ? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

4. Quel est votre risque de survenue d'un évènement coronarien (infarctus en particulier) dans les 10 ans à venir. Pour le calculer il faut connaître :
4.a. votre sexe ❏ Homme ❏ Femme
4.b. votre âge I___I___I ans
4.c. le taux de votre cholestérol total en gr/l I___I___I,I___I___I gr/l
4.d. le taux de votre cholestérol HDL en gr/l I___I___I,I___I___I gr/l
4.e. fumez-vous au moins 1 cig./jour ou arrêt depuis moins d'un an
❏ oui ❏ non
4.f. votre tension artérielle systolique (cf. fiche n°4) I___I___I___I mm/Hg
4.g. votre état diabétique (cf. fiche n°3) ❏ oui ❏ non

Muni de ces informations, calculez votre score en fonction des données de l'annexe I (femme) ou II (homme) de ce manuel. Vous pouvez aussi le calculer via Internet en tapant dans Google « Framingham score calculator »
ou en tapant l'adresse suivante : http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii/calculator.asp

Votre score est de : I___I___I %
Attention ! Risque à multiplier par 1,5 en cas de polyarthrite rhumatoïde avec 2 des 3 facteurs suivants : a) plus de 10 ans d'évolution ; b) facteur rhumatoïde ou anti-CPP positifs ; c) manifestations extra-articulaires.

Recommandation

- Si vous avez répondu OUI à une des questions 2.a., 2.b., 2.c.
- OU si vous avez répondu OUI à une des questions 3.a., 3.b. ou 3.c.
- OU si votre score de risque de survenue d'un évènement coronarien dans les 10 ans à venir est ≥20 %,
  Alors, il est recommandé de consulter un cardiologue pour discuter d'un traitement anti-agrégant plaquettaire.

Annexe I

Evaluation du risque d'un accident cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral dans les 10 ans à venir pour les femmes et les hommes (modèle dit de Framingham)

Femmes

Etape 1 : âge

Années	Points
30-34	0
35-39	2
40-44	4
45-49	5
50-54	7
55-59	8
60-64	9
65-69	10
70-74	11
75 +	12

Etape 2 : CT

g/l	Points
< 1,60	0
1.60-1.99	1
2.00-2.39	3
2.40-2.79	4
2.80 +	5

(CT = cholestérol total)

Etape 3 : HDL-c

g/l	Points
< 0,35	2
0,35-0,44	1
0,45-0,49	0
0,50-0,59	-1
0,60 +	-2

Etape 4 : tabac

	Points
non	0
oui	3

OUI si fumeur régulier ≥1 cigarette/j actuel ou arrêt depuis moins d'un an

Etape 5 : diabète

	Points
non	0
oui	4

OUI si insuline ou hypoglycémiant oral ou glycémie à jeun >7 mmol/l (1,26 g/l) ou glycémie post-prandiale >11 mol/l (1,98 g/l)

Etape 6 : Pression artérielle (mm Hg)

Systolique	Non traitée	Traitée
< 120	-3	-1
120-129	0	2
130-139	1	3
140-149	2	5
150-159	4	6
160 +	5	7

Points	% Risque
-2	< 1
-1	1,0
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2,0
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21+	> 30

Hommes

Etape 1 : âge

Années	Points
30-34	0
35-39	2
40-44	5
45-49	6
50-54	8
55-59	10
60-64	11
65-69	12
70-74	14
75 +	15

Etape 2 : CT

g/l	Points
< 1,60	0
1.60-1.99	1
2.00-2.39	2
2.40-2.79	3
2.80 +	4

(CT = cholestérol total)

Etape 3 : HDL-c

g/l	Points
< 0,35	2
0,35-0,44	1
0,45-0,49	0
0,50-0,59	-1
0,60 +	-2

Etape 4 : tabac

	Points
non	0
oui	4

OUI si fumeur régulier ≥1 cigarette/j actuel ou arrêt depuis moins d'un an

Etape 5 : diabète

	Points
non	0
oui	3

OUI si insuline ou hypoglycémiant oral ou glycémie à jeun >7 mmol/l (1,26 g/l) ou glycémie post-prandiale >11 mol/l (1,98 g/l)

Etape 6 : Pression artérielle (mm Hg)

Systolique	Non traitée	Traitée
< 120	-2	0
120-129	0	2
130-139	1	3
140-159	2	4
160 +	3	5

Points	% Risque
-3 ou moins	< 1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18 =	> 30

d'Agostino RB *et al.* Circulation 2008;117:743-53

Multiplier le chiffre obtenu **par 1,5** en cas de polyarthrite rhumatoïde avec 2 des 3 facteurs suivants : a) plus de 10 ans d'évolution ; b) facteur rhumatoïde ou anti-CCP positifs ; c) manifestations extra-articulaires.

1. Maladies cardiovasculaires

C. Y a-t-il indication d'un traitement hypolipémiant ?

C.1. Concept

Pour le savoir, il faut d'abord connaître le chiffre de LDL cholestérol au-dessous duquel on doit se trouver.
Ce chiffre optimal de LDL (appelé cible) dépend non seulement du taux de LDL cholestérol mais également d'autres facteurs de risque cardiovasculaire. C'est ainsi que ce chiffre optimal est plus bas chez les personnes qui ont plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire.
La définition de ce chiffre optimal est explicitée dans la fiche pratique n° 2.

C.2. Références bibliographiques

1. Recommandations actualisées 2005 pour la prise en charge des dyslipidémies (AFSSAPS).

C.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 2

EVALUATION DU CHOLESTEROL

1. Prenez-vous un traitement médicamenteux contre le cholestérol ? ❏ oui ❏ non

2. Date de la dernière évaluation de votre taux de cholestérol

|___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

3. Etes-vous à haut risque cardiovasculaire (cf. fiche n°1) ? ❏ oui ❏ non

4. Combien de facteurs de risque cardiovasculaire avez-vous ?

4.a. vous êtes un homme de plus de 50 ans ❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.b. vous êtes une femme de plus de 60 ans ❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.c. un membre de votre famille (frères, sœurs, père, mère, oncles, tantes) a souffert d'un infarctus du myocarde ou est décédé de mort subite avant l'âge de 55 ans (pour les hommes) et de 65 ans (pour les femmes)
❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.d. vous fumez ou vous vous êtes arrêté depuis moins de 3 ans
❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.e. vous souffrez de diabète (cf. fiche n°3) ❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.f. vous souffrez d'hypertension artérielle (traitée ou non) (cf. fiche n°4)
❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.g. votre taux de HDL cholestérol est supérieur à 0,6 gr/l (ou >1,5 mmol/l)
❏ oui ❏ non *si oui, facteur -1*

4.h. votre taux de HDL cholestérol est inférieur à 0,4 gr/l (ou <1 mmol/l)
❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

4.i. Vous avez une polyarthrite rhumatoïde ❏ oui ❏ non *si oui, facteur +1*

Nombre total de facteurs de risque cardiovasculaire |___|

5. Votre taux de HDL cholestérol |___|,|___|___| g/l ou |___|___|,|___|___| mmol/l

6. Votre taux de LDL cholestérol |___|,|___|___| g/l ou |___|___|,|___|___| mmol/l

Recommandation

- Le taux de LDL cholestérol à atteindre est fonction de votre nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

	cible mm/l	cible g/l
• Un seul (votre rhumatisme inflammatoire)	<4,9	<1,9
• Deux facteurs de risque	<4,1	<1,6
• Au moins trois facteurs de risque	<3,4	<1,3
• Plus de trois facteurs de risque ou haut risque cardiovasculaire (cf. fiche n°1)	<2,6	<1,0

- Si votre taux de cholestérol est supérieur à votre cible, discutez en avec votre médecin pour soit en faire un contrôle, soit initier un traitement (régime, médicaments, …).

1. Maladies cardiovasculaires

D. Y a-t-il indication d'un traitement d'un éventuel diabète ?

D.1. Concept

Le diabète est une maladie fréquemment observée dans la population générale.
Au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques, un traitement par la cortisone peut en faciliter la survenue ou déséquilibrer un diabète pré-existant.
Comme cela est explicité dans la fiche pratique n° 3 de ce manuel, la réponse à cette question est aisée grâce à la détermination de la valeur de sucre que l'on retrouve dans le sang (appelée glycémie).
Par ailleurs, chez une personne connue comme souffrant de diabète, on peut avoir une idée de la concentration moyenne de sucre durant les derniers jours en évaluant l'hémoglobine glyquée (à l'inverse de la glycémie qui donne seulement une valeur à un temps donné).

D.2. Références bibliographiques

1. HAS, traitement médicamenteux du diabète de type 2, Novembre 2006.
2. Allanore Y, Saint-Antoine, « Simultaneous onset of rheumatoid polyarthritis and type 1 diabetes, Press. Med. Nov 2000, 29: 1813-14
3. ANAES, Principes de dépistages du diabète de type 2, février 2003.
4. HAS, traitement médicamenteux du diabète de type 2, Novembre 2006.
5. HAS, traitement médicamenteux du diabète de type 2, Novembre 2006
6. ANAES, Principes de dépistages du diabète de type 2, février 2003.

D.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 3

DIABETE

1. A-t-il été retrouvé chez vous un diabète? ❑ oui ❑ non

2. Prenez-vous un traitement médicamenteux pour votre diabète ? ❑ oui ❑ non

3. Date de la dernière prise de sang évaluant votre glycémie

|___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

4. Votre glycémie à jeun ce jour

|___|,|___|___| g/l ou |___|___|,|___|___| mmol/l

Recommandation

- La glycémie doit faire partie du bilan initial de tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique.
- En cas d'anomalie de la glycémie retrouvée à 1 examen et/ou en cas de prise de cortisone, la glycémie doit être évaluée au moins une fois par an.
- Le diabète est défini par une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises.
- Chez un diabétique, le traitement a pour objectif la normalisation glycémique définie par une hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieure à 6,5 %.

1. Maladies cardiovasculaires

E. Y a-t-il indication d'un traitement d'une éventuelle hypertension artérielle ?

E.1. Concept

La mesure des chiffres tensionnels à l'occasion d'une visite chez un professionnel de santé permet de dépister une élévation des chiffres de la tension. Une hypertension sera suspectée si des chiffres sont supérieurs à 140 mm de Hg pour la systolique et/ou à 90 mm de Hg pour la diastolique lorsque la mesure est réalisée lors d'une visite médicale.
L'hypertension artérielle qui impose un traitement ne sera confirmée qu'après la réalisation, en dehors du cabinet médical, de mesures de la tension au domicile (moyenne de 3 mesures le matin et 3 mesures le soir, en position assise au calme et au repos, sur 3 jours de suite) (cf. fiche pratique n° 4).
Les traitements de l'hypertension, lorsqu'ils sont suivis de façon régulière et de façon prolongée, ont montré une bonne efficacité pour éviter les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde et les insuffisances cardiaques qui surviennent avec une plus grande fréquence chez les hypertendus non traités.

E.2. Références bibliographiques

1. *Watson DJ, Rhodes T,Guess HA. All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK General Practice Research Database, J Rheumatol 2003;30:1196-202.*
2. *Soubrier M, Dougados M. Atherosclerosis and rheumatoid arthritis. Rev Med Interne 2006;27:125-36.*
3. *Avina-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum 2008;59:1690-97*
4. *Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, et al., Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis, Circulation 2003;107:1303–7.*
5. *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations pour la pratique clinique de la haute autorité de santé (HAS) 2008*
6. *Afssaps : liste des appareils d'auto-mesure tensionnelle validés.*
7. *Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, et al. EULAR evidence-based Recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2010;69:325-31.*

E.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 4

TENSION ARTERIELLE

1. A-t-il été retrouvé chez vous une hypertension artérielle ?

❏ oui ❏ non

2. Prenez-vous un traitement médicamenteux pour votre tension artérielle ?

❏ oui ❏ non

3. Date de la première prise de votre tension artérielle

|___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

4. Date de la dernière prise de tension artérielle (en dehors de ce jour)

|___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Je ne sais pas, mais – d'un an ❏ oui ❏ non
Je ne sais pas, mais + d'un an ❏ oui ❏ non

5. Votre tension artérielle ce jour est à

|___|___|___| |___|___|___|
mm/Hg systolique *mm/Hg diastolique*

Recommandation

- En cas de rhumatisme inflammatoire chronique, la tension artérielle doit être prise au moins une fois par an.
- Si la tension artérielle est prise en consultation par un médecin, les objectifs sont d'obtenir des valeurs inférieures à 140 mm de Hg pour la systolique et 90 mm de Hg pour la diastolique (chez le patient diabétique ou insuffisant rénal, les objectifs sont d'être inférieur à 130 et 80 mm de Hg respectivement).
- Si la tension est prise au domicile par le patient lui-même (auto-mesure), les objectifs sont d'être inférieurs à 135 et 85 mm de Hg respectivement.

1. Maladies cardiovasculaires

F. Y a-t-il indication d'un traitement d'une éventuelle obésité ?

F.1. Concept

L'obésité est aussi un facteur prédisposant de maladies cardiovasculaires. Son évaluation est facile (cf. fiche pratique n° 5) en calculant l'indice de masse corporelle.
On considère qu'un indice de masse corporelle inférieur à 20 correspond à un sous-poids, entre 25 et 30 à un surpoids et supérieur à 30 à l'obésité.
C'est ainsi qu'idéalement l'indice de masse corporelle doit être compris entre 20 et 25.

F.2. Références bibliographiques

1. *Alimentation et Cancers. Evaluation scientifique. Eds Decloitre, Collet-Ribbing, Riboli, Eds, Tec-Doc Lavoisier, Paris, 1996.*
2. *Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. N Engl J Med 1999;341:1097-105.*
3. *World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of the WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 3–5 June, 1997*
4. *Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Koutedakis Y, Nevill AM, Douglas KM, Jamurtas A et al. Redefining overweight and obesity in rheumatoid arthritis patients. Ann Rheum Dis 2007;66: 1316-21.*
5. *Mohamed-Ali V, Goodrick S, Rawesh A, et al. Subcutaneous adipose tissue releases interleukin-6, but not tumor necrosis factor-alpha, in vivo. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:4196-200.*
6. *Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Panoulas VF, et al. Underweight and obese states both associate with worse disease activity and physical function in patients with established rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 2009;28:439-44.*
7. *Krauss RM, Winston M, Fletcher BJ, Grundy SM. Obesity: impact on cardiovascular disease. Circulation 1998;98:1472-6.*
8. *Kremers HM, Nicola PJ, Crowson CS, Ballman KV, Gabriel SE. Prognostic importance of low body mass index in relation to cardiovascular mortality in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2004;50:3450-7.*

F.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 5

OBESITE

1. Quel est votre poids actuel ? I___I___I___I *kg*

2. Quelle est votre taille ? I___I,I___I___I *m*

3. Calculez votre indice de masse corporelle (IMC) en utilisant la formule suivante :
IMC = poids en kilo / [taille en m x taille en m]

IMC = I___I___I,I___I

Recommandation

- Etre dans la fourchette entre 20 et 25 pour l'Indice de Masse Corporelle.

1. Maladies cardiovasculaires

G. Y a-t-il indication de sevrage tabagique ?

G.1. Concept

Outre le risque de survenue d'une maladie cardiovasculaire, le tabagisme est associé à un risque plus élevé de cancers et notamment de cancer du poumon, mais également associé à un risque plus élevé de maladies pulmonaires chroniques ; enfin, le tabagisme a été reconnu comme pouvant être un facteur déclenchant et aggravant de la polyarthrite rhumatoïde.
Il est donc aisé de comprendre que nous ne pouvons recommander que l'abstention dans ce domaine (cf. fiche pratique n° 6).

G.2. Références bibliographiques

1. *Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. Nat Rev Cancer 2009;9:655-64.*
2. *Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. Lung Cancer 2004;45(Suppl 2):S3-9.*
3. *Manafredsdottir VK, Vikingsdottir T, Jonsson T, et al. The effects of tobacco smoking and rheumatoid factor seropositivity on disease activity and joint damage in early rheumatoid arthritis Rheumatology 2006;45:734-40.*
4. *Silman AJ, Newman J, MacGregor AJ, et al. Cigarette smoking increases the risk of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1996;39:732-5.*

G.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 6

TABAGISME

1. Fumez-vous ou avez-vous fumé ? ❏ oui ❏ non

2. Fumez-vous actuellement ? ❏ oui ❏ non

3. Calculez votre tabagisme en paquet/année

Exemple 1 : vous avez fumé pendant 10 ans 10 cigarettes par jour, votre tabagisme est estimé à 0,5 paquet x 10 ans = 5 paquets/année

Exemple 2 : vous fumiez 10 cigarettes par jour pendant 5 ans puis 1 paquet par jour pendant 20 ans et depuis 4 ans 30 cigarettes par jour, votre tabagisme est estimé à [0,5 x 5] + [1 x 20] + [1,5 x 4] = 2,5 + 20 + 6 = 28,5 paquets/année

Votre tabagisme en paquet/année est de : I___I___I

Recommandation

- Paquet/année doit être à 0 en sachant que le risque cardio-vasculaire et carcinologique est corrélé au nombre de paquets/année
- Si tabagisme actuel, arrêt.

1. Maladies cardiovasculaires

H. Dépistage d'une insuffisance rénale

H.1. Concept

Au cours de la polyarthrite rhumatoïde, le risque de voir survenir une insuffisance rénale est augmenté pour plusieurs raisons et notamment parce que les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique sont plus à même de prendre des traitements toxiques pour le rein.
Par ailleurs, les facteurs de risque cardiovasculaire, plus souvent observés au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques, sont également des facteurs de risque d'insuffisance rénale et, réciproquement, l'insuffisance rénale est un facteur de risque cardiovasculaire.
Enfin, la maladie rhumatoïde, surtout quand il existe des manifestations extra-articulaires comme une vascularite, est un facteur de risque de survenue d'insuffisance rénale.
Une prise en charge néphrologique précoce est bénéfique pour le patient. C'est donc tout naturellement qu'il est fortement conseillé de dépister cette affection longtemps cliniquement silencieuse (cf. fiche pratique n° 7).

H.2. Références bibliographiques

1. **http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240672/diagnostic-de-linsuffisance-renale-chronique-chez-ladulte**
2. **http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/MDRD-CG.htm (calculette online)**
3. *Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 1999; 130(6):461-70.*
4. *Ginsberg JM, Chang BS, Matarese RA, Garella S. Use of single voided urine samples to estimate quantitative proteinuria. N Engl J Med. 1983;309(25):1543-6.*

H.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 7

FONCTION RENALE

1. Avez-vous eu un dosage de la créatinine ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date de la dernière prise de sang I___I___I I___I___I 20 I___I___I
j j m m a a

Résultat de la créatinine I___I___I___I,I___I mg/dl

ou ❏ jamais ❏ je ne sais pas

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire devrait avoir un dosage de la créatinine dans son bilan initial, puis une fois par an.

Quelle est l'estimation du débit de filtration glomérulaire* ? I___I___I___I ml/min
appelé encore clairance ou clearance de la créatinine

* Vous pouvez le calculer en utilisant la formule suivante :
Débit de filtration glomérulaire =
175 x [créatinine en mg/dl] $^{-1,154}$ x [âge] $^{-0,203}$ x [0,742 si femme et 1,000 si homme]
Bien noter que cette formule nécessite de connaître le taux de créatinine en milligrammes par décilitre.
Si la créatininémie est donnée en **µmol/litre, diviser** la créatininémie par **88,4.**
Si la créatininémie est donnée en **µmol/decilitre, diviser** la créatininémie par **8,84.**
* ou site Internet : http://nephron.com/MDRD_GFR.cgi

Recommandation

- Si le débit de filtration glomérulaire (confirmé à 2 examens) est inférieur à 60 ml/min, il faut discuter avec votre médecin de la réalisation d'autres examens complémentaires (examen des urines, tension artérielle, …) pour préciser la cause de cette anomalie et envisager un traitement.

- Si le débit de filtration glomérulaire (confirmé à 2 examens) est inférieur à 30 ml/min, il est recommandé de consulter un néphrologue pour une prise en charge spécialisée.

Fiche pratique n° 7 (suite)

FONCTION RENALE

2. Avez-vous eu une recherche de protéinurie dans vos urines ? ❏ oui ❏ non

Quelle est la date de la dernière recherche de protéinurie (bandelette) ?

I___I___I I___I___I 20 I___I___I
j j m m a a

Résultat : ❏ positif ❏ négatif

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire doit avoir une recherche de protéinurie (au moins à la bandelette) dans son bilan biologique initial puis une fois par an.

Quelle est l'estimation de votre micro-albuminurie* ? I___I___I___I mg/g ❏ NA

* Pour pouvoir le calculer, il faut effectuer une analyse sur 1 échantillon d'urine évaluant :

- l'albuminurie I___I___I___I mg/l

- la créatininurie I___I___I___I g/l

La micro-albuminurie correspond au rapport existant entre l'albuminurie en mg/l et la créatininurie en g/l effectuées sur un échantillon d'urine.

Recommandation

- L'estimation de la micro-albuminurie n'est à faire que si la recherche de la protéinurie à la bandelette est positive.

- Si le rapport albuminurie/créatininurie est supérieur à 300 mg/g il est recommandé de consulter un néphrologue.

2. Maladies infectieuses

A. Justificatifs

Les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique, et notamment de polyarthrite rhumatoïde, ont 1,5 à 2 fois plus de risque de développer des infections, notamment des infections sévères nécessitant une prise en charge hospitalière.
Ce sur-risque observé au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques peut bien entendu être expliqué par les traitements nécessaires aux patients et notamment les corticoïdes, les immunosuppresseurs et certaines biothérapies. Toutefois, la maladie elle-même (probablement en rapport avec un dérèglement du système immunitaire) peut également participer à ce sur-risque.
Les infections les plus sévères sont souvent à point de départ pulmonaire ou dentaire.
Dans ce manuel, visant essentiellement à aborder les thèmes pratiques permettant de dépister ou de prévenir ce risque, nous nous attacherons à trois éléments :

- les vaccinations,
- la détection d'une maladie pulmonaire chronique,
- la détection de foyers infectieux dentaires.

B. Vaccinations

B.1. Concept

Concernant les vaccinations, il existe des recommandations pour la population générale. Il nous paraît opportun de vérifier que ces vaccinations soient à jour lors du diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique.
De plus, il existe des recommandations particulières concernant certaines vaccinations chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chez qui se discute un traitement immunosuppresseur et/ou qui sont traités par un traitement immunosuppresseur.
Ces considérations ont justifié la mise en place de la fiche pratique n° 8.

B.2. Références bibliographiques

1. *Doran MF, Crowson CS, Pond GR, et al. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. Arthritis Rheum. 2002;46:2287-93.*
2. *Doran MF, Crowson CS, Pond GR, et al. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2002;46:2294-300.*
3. *Dixon WG, Watson K, Lunt M, et al.; British Society for Rheumatology Biologics Register. Rates of serious infection, including site-specific and bacterial intracellular infection, in rheumatoid arthritis patients receiving anti-tumor necrosis factor therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Arthritis Rheum. 2006;54:2368-76.*
4. *Fautrel B, Pham T, Mouterde G, et al.; Club Rhumatismes et Inflammation; Société Française de Rhumatologie. Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF-alpha antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine. 2007;74:627-37.*
5. *Fiches pratiques du Club Rhumatismes et Inflammation (CRI) sur la vaccination des patients sous anti-TNF, abatacept ou rituximab : http://www.cri-net.com/recherche/fichesPratiques/*
6. *Duchet-Niedziolka P, Launay O, Coutsinos Z, et al.; GEVACCIM. Vaccination in adults with auto-immune disease and/or drug related immune deficiency: results of the GEVACCIM Delphi survey. Vaccine 2009;27:1523-9.*
7. *Recommandations officielles : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/14_15/beh_14_15.pdf*

B.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 8

VACCINATIONS (pour les adultes seulement)

1. Avez-vous effectué la vaccination contre la Diphtérie Tetanos Poliomyélite inactive (polio) ?

❏ oui ❏ non

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Je ne sais pas, mais probablement il y a + de 10 ans ❏ oui ❏ non
Je ne sais pas, mais probablement il y a - de 10 ans ❏ oui ❏ non

Recommandation

- 1 dose de vaccin tous les 10 ans.
- A l'occasion d'un rappel, faire un vaccin comportant la valence coqueluche.

2. Avez-vous effectué la vaccination contre le papillomavirus (vaccin contre le cancer du col de l'utérus)? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Le vaccin est recommandé chez les jeunes filles à l'âge de 14 ans ou avant les premiers rapports sexuels.
- Ce vaccin est aussi recommandé entre 15 ans et 23 ans chez les jeunes femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels ou au plus tard avant l'année suivant le début de leur vie sexuelle.

3. Avez-vous effectué la vaccination contre le méningocoque ?
❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Le vaccin contre le méningocoque C est recommandé chez l'enfant de 12 à 24 mois, Si non faite, cette vaccination est recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans.

Fiche pratique n° 8 (suite)

VACCINATIONS (pour les adultes seulement)

4. Avez-vous effectué la vaccination contre la grippe saisonnière ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Une fois par an

5. Avez-vous effectué la vaccination contre la rubéole ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Une dose de ROR (Rougeole Oreillons Rubéole) est recommandée chez les femmes de 29 à 45 ans qui n'auraient pas été vaccinées dans l'enfance.
- **Attention !** comme les autres vaccins vivants atténués, le ROR est contre-indiqué en cas de traitement par immunosuppresseur.

6. Avez-vous effectué la vaccination contre la rougeole ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Une dose de ROR (Rougeole Oreillons Rubéole) est recommandée chez toute personne de 18 à 80 ans qui n'aurait pas été vaccinée contre la rougeole dans l'enfance et sans antécédent de rougeole.
- **Attention !** comme les autres vaccins vivants atténués, le ROR est contre-indiqué en cas de traitement par immunosuppresseur.

Fiche pratique n° 8 (suite)

VACCINATIONS (pour les adultes seulement)

7. Avez-vous effectué la vaccination contre le pneumocoque ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Toute personne souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique doit recevoir 1 dose tous les 5 ans.

8. Avez-vous effectué la vaccination contre l'hépatite A ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

8.a. Etes-vous un jeune des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée ? ❏ oui ❏ non

8.b. Etes-vous une personne exposée à des risques particuliers tels que patients atteints de mucoviscidose, infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie (notamment dues au virus de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ? ❏ oui ❏ non

8.c. Etes-vous homosexuel de sexe masculin ? ❏ oui ❏ non

Recommandation

- Si vous avez répondu OUI à une de ces questions, la vaccination contre l'hépatite A est recommandée.
- Sinon, cette vaccination n'est pas recommandée, sauf en cas de voyage dans des pays à faible niveau d'hygiène.

Fiche pratique n° 8 (suite)

VACCINATIONS (pour les adultes seulement)

9. Avez-vous effectué la vaccination contre l'hépatite B ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Date de la dernière vaccination |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

9.a. Etes-vous un jeune des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée ? ❏ oui ❏ non

9.b. Etes-vous un adulte accueilli dans une institution psychiatrique ?
❏ oui ❏ non

9.c. Etes-vous une personne ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ? ❏ oui ❏ non

9.d. Etes-vous toxicomane utilisant des drogues qui s'administrent par voie intraveineuse ? ❏ oui ❏ non

9.e. Etes-vous une personne susceptible de recevoir des transfusions massives et/ou itératives comme par exemple une personne hémophile, dialysée, insuffisante rénale, candidate à une greffe d'organe, … ?
❏ oui ❏ non

9.f. Avez-vous dans votre entourage une personne infectée par le virus de l'hépatite B ?
❏ oui ❏ non

9.g. Est-ce que votre partenaire sexuel est infecté par le virus de l'hépatite B ?
❏ oui ❏ non

Recommandation

- Si vous avez répondu OUI à une des questions 9.a. à 9.g., la vaccination contre l'hépatite B est recommandée. Sinon, cette vaccination n'est pas recommandée.

Fiche pratique n° 8 (suite)

VACCINATIONS (pour les adultes seulement)

10. Avez-vous effectué une vaccination comportant un virus vivant atténué tel que ?

10.a. fièvre jaune	❏ oui	❏ non
10.b. varicelle	❏ oui	❏ non
10.c. rougeole oreillons rubéole	❏ oui	❏ non
10.d. BCG	❏ oui	❏ non

11. Votre traitement en cours

11.a. de la cortisone par voie générale (par la bouche) depuis plus de 2 semaines à une posologie de plus de 10 mg par jour

❏ oui ❏ non

11.b. un traitement de fond par méthotrexate (Novatrex®, Metoject®), cyclophosphamide (Endoxan®), leflunomide (Arava®), azathioprine (Imurel®) ou une biothérapie (anti-TNF [Enbrel®, Humira®, Remicade®], abatacept [Orencia®], rituximab [Mabthera®], tocilizumab [RoActemra®], certolizumab [Cimzia®], golimumab [Simponi®])

❏ oui ❏ non

Recommandations

- Il est habituellement recommandé :
  - **1.a.** le vaccin contre la fièvre jaune seulement pour des séjours dans certains pays d'Amérique latine et d'Afrique sub-saharienne
  - **1.b.** le vaccin contre la varicelle si vous n'avez pas fait la varicelle ET si vous avez été en contact il y a moins de 3 jours avec une personne ayant la varicelle OU si vous êtes une femme ayant le projet d'avoir des enfants et que votre sérologie est négative
  - **1.c.** le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est recommandé dans les conditions déjà vues dans ce chapitre (cf. questions 5 et 6).

- Toutefois, ces vaccins sont contre-indiqués si vous recevez un traitement immuno-suppresseur (cf. questions 11.a. et 11.b.).

- En pratique, si vous répondez OUI à une des questions 11.a. ou 11.b. vous êtes considéré comme recevant un traitement immunosuppresseur, ET que vous justifiez d'une vaccination utilisant un virus atténué (liste de 10.a. à 10.d.), il est recommandé de discuter d'un arrêt de votre traitement avant d'effectuer cette vaccination.

C. Détection de maladies pulmonaires chroniques

C.1. Concept

Certaines maladies pulmonaires chroniques comme la dilatation des bronches sont plus souvent associées à certains rhumatismes inflammatoires chroniques et notamment la polyarthrite rhumatoïde que ne le voudrait le hasard.
Cette affection (dilatation des bronches), comme d'autres affections pulmonaires chroniques (telles que les bronchopathies chroniques obstructives), s'accompagnent de surinfections parfois sévères.
Il nous a donc paru logique d'élaborer la fiche pratique n° 9, pour aider à dépister ces maladies pulmonaires.

C.2. Références bibliographiques

1. *Doran MF, Crowson CS, Pond GR, et al. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. Arthritis Rheum. 2002;46:2287-93.*
2. *Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2002;46:2294-300.*
3. *Dixon WG, Watson K, Lunt M, et al.; British Society for Rheumatology Biologics Register. Rates of serious infection, including site-specific and bacterial intracellular infection, in rheumatoid arthritis patients receiving anti-tumor necrosis factor therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Arthritis Rheum. 2006;54:2368-76.*
4. *Stranzfeld A, Listing J, Herzer P, et al. Risk of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF-alpha agents. JAMA. 2009;301:737-44.*
5. *Fautrel B, Pham T, Mouterde G, et al. Club Rhumatismes et Inflammation; Société Française de Rhumatologie. Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF-alpha antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine. 2007;74:627-37.*
6. *Fiches pratiques du Club Rhumatismes et Inflammation (CRI) sur le risque de pneumopathies infectieuses sous anti-TNF, abatacept ou rituximab: http://www.cri-net.com/recherche/fichesPratiques/*
7. *van Assen S, Agmon-Levin N, Elkayam O, et al. EULAR recommendations for vaccination in patients with auto-immune inflammatory rheumatic disease. Ann Rheum Dis 2010;in press*

C.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 9

MALADIES PULMONAIRES CHRONIQUES

1. Etes-vous connu comme souffrant de :

Dilatation des bronches ❏ oui ❏ non

Bronchite chronique ❏ oui ❏ non

2. Souffrez-vous de toux avec crachats pendant au moins 3 mois depuis au moins 2 années consécutives ?

❏ oui ❏ non

3. Souffrez-vous d'un essoufflement anormal ❏ oui ❏ non

4. Date de votre dernière radiographie de thorax |___|___| |___|___| 20 |___|___|

j j m m a a

Recommandation

- La radiographie de thorax doit faire partie du bilan initial de tout rhumatisme inflammatoire chronique.
- En cas de suspicion de dilatation des bronches (réponse OUI aux questions 2 ou 3), il est recommandé de le signaler à votre médecin pour discuter de l'intérêt d'autres examens comme un scanner thoracique.

D. Vérification de l'état dentaire

D.1. Concept

A l'heure actuelle, on soupçonne que les maladies de la gencive (encore appelées parodontopathies) puissent être un facteur déclenchant et/ou d'entretien de la polyarthrite rhumatoïde (ref. 1-4). Ces parodontopathies peuvent se sur-infecter. Les foyers dentaires sont une porte d'entrée potentielle à une septicémie ou toute autre infection sévère.
Ces considérations nous ont fait proposer la fiche pratique n° 10 concernant la surveillance de l'état dentaire par un dentiste.

D.2. Références bibliographiques

1. *Mikuls TR, Payne JB, Reinhardt RA, et al. Antibody responses to Porphyromonas gingivalis (P. gingivalis) in subjects with rheumatoid arthritis and periodontitis. Int Immunopharmacol. 2009;9:38-42.*
2. *Ortiz P, Bissada NF, Palomo L, et al. Periodontal therapy reduces the severity of active rheumatoid arthritis in patients treated with or without tumor necrosis factor inhibitors. J Periodontol 2009;80:535-40.*
3. *Al-Katma MK, Bissada NF, Bordeaux JM, et al. Control of periodontal infection reduces the severity of active rheumatoid arthritis. J Clin Rheumatol 2007;13:134-7.*
4. *Mayer Y, Balbir-Gurman A, Machtei EE. Anti-tumor necrosis factor-alpha therapy and periodontal parameters in patients with rheumatoid arthritis. J Periodontol 2009;80:1414-20.*

D.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 10

SOINS DENTAIRES

1. Quelle est la date de votre dernière consultation chez le dentiste ?

|___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Il est recommandé (comme dans la population générale) de consulter votre dentiste au moins une fois par an.

3. Maladies cancéreuses

A. Justificatifs

A.1. Considérations générales

Les cancers sont un véritable problème de santé publique tant ils sont fréquents et potentiellement à risque de mortalité.
Au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques, le risque de développer un cancer n'est globalement pas plus élevé en comparaison à la population générale. Toutefois, la fréquence de certains cancers justifie que les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique participent aux programmes de dépistage (individuel ou organisé) proposés en France (cancer du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du colon et du rectum).
Il existe toutefois des situations où certains cancers sont plus souvent observés au cours de certains rhumatismes inflammatoires chroniques (cancer de la peau, du poumon et lymphome).
Ces considérations nous ont incité à proposer une fiche pratique de détection des cancers suivants :

- cancer du sein de la femme
- cancer du col de l'utérus
- cancer de la prostate
- cancer du colon et du rectum
- cancer de la peau
- cancer du poumon

A.2. Références bibliographiques

1. *Mellemkjaer L, Linet MS, Gridley G, et al. Rheumatoid arthritis and cancer risk. Eur J Cancer 1996;32A:1753-7.*
2. *Thomas E, Brewster DH, Black RJ, et al. Risk of malignancy among patients with rheumatic conditions. Int J Cancer. 2000;88:497-502.*
3. *Askling J, Fored CM, Brandt L et al. Risks of solid cancers in patients with rheumatoid arthritis and after treatment with tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005 ;64:1421-6.*
4. *Bongartz T, Sutton AJ, Sweeting MJ, et al. Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. JAMA. 2006 May 17;295(19):2275-85.*
5. *Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk ofmalignancy: analyses from a large US observational study. Arthritis Rheum. 2007. Sep;56(9):2886-95.*
6. *Smitten AL, Simon TA, Hochberg MC, Suissa S. A meta-analysis of the incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Research and Therapy. 2008;10(2):R45.*
7. *Nannini C, Cantini F, Niccoli L, et al. Single-center series and systematic review of randomized controlled trials of malignancies in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis receiving anti-tumor necrosis factor alpha therapy: is there a need for more comprehensive screening procedures? Arthritis Rheum 2009;61:801-12.*
8. *Leombruno JP, Einarson TR, Keystone EC et al. The safety of anti-tumour necrosis factor treatments in rheumatoid arthritis: meta and exposure-adjusted pooled analyses of serious adverse events. Ann Rheum Dis 2009;68:1136-45.*

3. Maladies cancéreuses

B. Cancer du sein

B.1. Justificatifs

Le cancer du sein n'est pas plus souvent observé au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques que dans la population générale.
Toutefois, sa fréquence et la capacité d'amélioration de son pronostic en cas de dépistage précoce nous ont incité à proposer la fiche pratique n° 11.

B.2. Références bibliographiques

1. *Askling J, Fored CM, Brandt L et al. Risks of solid cancers in patients with rheumatoid arthritis and after treatment with tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005;64:1421-6.*
2. *Smitten AL, Simon TA, Hochberg MC, Suissa S. A meta-analysis of the incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis, Arthritis Res Ther 2008;10:R45.*
3. *Gadalla SM, Amr S, Langenberg P, et al. Breast cancer risk in elderly women with systemic autoimmune rheumatic diseases: a population-based case-control study. Br J Cancer 2009;100:817-21.*
4. *Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. ANAES 1999*
5. *Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein. HAS 2006.*

B.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 11

CANCER DU SEIN DE LA FEMME

1. Avez-vous souffert d'un cancer du sein ❑ oui ❑ non

Si oui, date |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Si non, continuer les questions

2. Quel âge avez-vous ? |___|___| ans

3. Avez-vous pratiqué une mammographie ? ❑ oui ❑ non

Si oui, date de votre première mammographie |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

date de votre dernière mammographie |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

4. A-t-on dépisté chez vous un gène de prédisposition familiale à un cancer du sein ?
❑ oui ❑ non ❑ je ne sais pas

5. Y a-t-il dans votre famille (parents, frères, sœurs, tantes, oncles, cousins germains) un ou plusieurs cas de cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans et/ou chez un homme ?

❑ oui ❑ non ❑ je ne sais pas

Recommandation

- Si vous avez répondu OUI à une des questions 4 ou 5, vous justifiez d'un programme de dépistage personnalisé (plus fréquent que la population générale).
- Sinon, un dépistage du cancer du sein (mammographie couplée à un examen clinique des seins) est recommandé tous les 2 ans à partir de l'âge de 50 ans et au moins jusqu'à 74 ans.

3. Maladies cancéreuses

C. Cancer du col de l'utérus

C.1. Justificatifs

Le cancer du col de l'utérus n'est pas plus souvent observé au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques par rapport à la population générale.
Toutefois, il nous a paru utile d'élaborer la fiche pratique n° 12 en raison des possibilités de dépistage précoce et maintenant en raison de sa prévention par un vaccin.

C.2. Références bibliographiques

1. *Askling J, Fored CM, Brandt L et al. Risks of solid cancers in patients with rheumatoid arthritis and after treatment with tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005;64:1421-6.*
2. *Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from a large US observational study. Arthritis Rheum. 2007;56:2886-95.*
3. *Dépistage du cancer du col de l'utérus. ANAES 2003.*
4. *Prévention du cancer du col de l'utérus. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2007.*
5. *Stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. HAS 2010.*

C.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 12

DETECTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

1. Avez-vous souffert d'un cancer du col de l'utérus ? ❑ oui ❑ non

Si oui, date |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Si non, continuer le questionnaire

2. Quel âge avez-vous ? |___|___| ans

3. Date de votre premier frottis vaginal ? |___|___| |___|___|___|___|
m m a a a a

Date de votre dernier frottis vaginal ? |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

4. Avez-vous été vaccinée contre le papillomavirus (Gardasil®, Cervarix®)?
❑ oui ❑ non

Recommandation

- La vaccination par Gardasil® ou Cervarix® est recommandée chez toute jeune fille à l'âge de 14 ans ou jusqu'à l'âge de 23 ans avant tout rapport sexuel.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est fortement recommandé même en cas de vaccination antérieure à raison, au minimum, de 1 frottis par an à partir de l'âge de 25 ans. Si deux frottis sont normaux à un an d'intervalle, les frottis suivants peuvent être réalisés tous les 3 ans et au moins jusqu'à l'âge de 65 ans.

3. Maladies cancéreuses

D. Cancer de la prostate

D.1. Justificatifs

Le cancer de la prostate n'est pas plus souvent observé au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques que dans la population générale.
Toutefois, l'amélioration de son pronostic grâce à un dépistage individuel précoce et par une prise en charge thérapeutique adaptée nous a incité à proposer la fiche pratique n° 13.

D.2. Références bibliographiques

1. *Thomas E, Brewster DH, Black RJ, et al. Risk of malignancy among patients with rheumatic conditions. Int J Cancer. 2000;88:497-502.*
2. *Askling J, Fored CM, Brandt L et al. Risks of solid cancers in patients with rheumatoid arthritis and after treatment with tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005;64:1421-6.*
3. *Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al.; ERSPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009;360:1320-8.*
4. *Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé : rapport sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. 2009.*
5. *Mongiat-Artus P, Peyromaure M, Richaud P, et al. Recommandations pour le traitement du cancer de la prostage chez le sujet âgé : une étude de la section oncologie de l'association française d'urologie. Prog Urol. 2009;19:810-7.*
6. *Rouprêt M, Fromont G, Bitker MO, et al. Outcome after radical prostatectomy in young men with or without a family history of prostate cancer. Urology. 2006;67:1028-32.*

D.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 13

CANCER DE LA PROSTATE

1. Avez-vous souffert d'un cancer de la prostate ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date |___|___||___|___||___|___|___|___|
j j m m a a a a

Si non, continuer les questions 2 à 6

2. Quel âge avez-vous ? |___|___| ans

3. Avez-vous eu un toucher rectal par un médecin afin d'évaluer votre prostate ?
❏ oui ❏ non

Si oui, date du dernier examen |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

4. Avez-vous eu un dosage des PSA (marqueur biologique des tumeurs de prostate) ?
❏ oui ❏ non

Si oui, date du dernier examen |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Si oui, résultat obtenu |___|___| ng/ml

5. Etes-vous d'origine afro-antillaise ? ❏ oui ❏ non

6. Avez-vous connaissance, dans votre famille (père, frère, oncle, cousins germains), d'au moins deux cas de cancer de prostate avant l'âge de 55 ans ?
❏ oui ❏ non

Recommandations

- Si vous avez répondu OUI à une des questions n°5 ou n°6, il est recommandé de consulter un urologue pour avoir un toucher rectal et un dosage de PSA dès l'âge de 45 ans.
- Si non, il est recommandé d'avoir eu un toucher rectal et un dosage de PSA dès l'âge de 50 ans.
- Si vous n'avez jamais eu de dépistage individuel du cancer de la prostate et que vous êtes âgé de plus de 75 ans, il n'est pas recommandé de le pratiquer.
- Si vous avez eu un dosage de PSA inférieur à 1 ng/ml, il est recommandé de refaire un dépistage tous les 3 ans.
- Si vous avez eu un dosage de PSA supérieur à 1 ng/ml et inférieur à 4 ng/ml, il est recommandé de refaire un dépistage tous les ans.
- Si vous avez un dosage de PSA supérieur à 4 ng/ml, il est recommandé de consulter un urologue.

3. Maladies cancéreuses

E. Cancer de la peau

E.1. Justificatifs

Il existe plusieurs types de cancers de la peau, de pronostic très différent, comme par exemple les cancers baso-cellulaires très fréquents mais peu sévères et les mélanomes heureusement beaucoup plus rares, mais potentiellement très sévères.
Il existe un risque augmenté de développer un cancer de la peau au cours de certains rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment en raison des traitements pour ce rhumatisme (par exemple traitement par ultraviolets d'un psoriasis ; peut-être un sur-risque de cancer baso-cellulaire pour certaines biothérapies).
Il a donc paru tout à fait logique de proposer la fiche pratique n° 14 pour en faciliter la détection.

E.2. Références bibliographiques

1. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte, HAS 2004.*
2. *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, HAS 2006.*
3. *Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) : recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Société Française de Dermatologie. 2009.*
4. *Chakravarty EF, Michaud K, Wolfe F. Skin cancer, rheumatoid arthritis, and tumour necrosis factor inhibitors. J Rheumatol 2005;32:2130-5.*

E.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 14

CANCER DE LA PEAU

1. Avez-vous souffert d'un cancer de la peau ? ❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Si oui, date |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Diagnostic :
❏ basocellulaire
❏ mélanome
❏ autre
❏ je ne sais pas

Si non, continuer les questions 2 à 9

2. Avez-vous consulté un dermatologue pour vérifier s'il n'existait pas de facteur prédisposant à un cancer de la peau ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date de la dernière consultation |___|___| |___|___| |___|___|___|___|
j j m m a a a a

3. Avez-vous la peau claire ? ❏ oui ❏ non

4. Avez-vous des cheveux blonds ou roux ? ❏ oui ❏ non

5. Vous exposez-vous régulièrement et de manière répétée au soleil ?
❏ oui ❏ non

6. Recevez-vous un traitement immuno-suppresseur (par exemple cortisone à plus de 20 mg par jour) ?
❏ oui ❏ non

7. Avez-vous été traité par PUVA thérapie pour une maladie de la peau (par exemple psoriasis) ? ❏ oui ❏ non

8. Avez-vous été traité par radiothérapie ? ❏ oui ❏ non

9. Avez-vous de nombreux grains de beauté (>40) ?
❏ oui ❏ non

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique doit consulter un dermatologue pour rechercher un cancer ou des facteurs prédisposants à un cancer de la peau au moins une fois.
- En cas de réponse positive à la question 1 ou à une des questions 3 à 9, il est recommandé de faire un examen dermatologique annuel.

3. Maladies cancéreuses

F. Cancer du colon et du rectum

F.1. Justificatifs

Le cancer du colon et du rectum est probablement moins souvent observé au cours de certains rhumatismes inflammatoires chroniques que dans la population générale ; cette moindre fréquence pourrait être expliquée potentiellement par l'effet préventif d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien au long cours.
A l'inverse, le cancer du colon et du rectum est plus souvent observé que dans la population générale si, au rhumatisme inflammatoire s'associe une maladie inflammatoire chronique de l'intestin comme une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique.
La fréquence de ce cancer, les capacités de son dépistage précoce et les particularités liées à certains rhumatismes inflammatoires nous ont incité à proposer la fiche pratique n° 15.

F.2. Références bibliographiques

1. *Bojarski C. Malignant transformation in inflammatory bowel disease: prevention, surveillance and treatment - new Technique/Recommandations in endoscopy. Dig Dis 2009;27:571-5.*
2. *Xie J, Itzkowitz SH. Cancer in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2008;14:378-89.*
3. *Triantafillidis JK, Nasioulas G, Kosmidis PA. Colorectal cancer and inflammatory bowel disease: epidemiology, risk factors, mechanisms of carcinogenesis and prevention strategies. Anticancer Res. 2009;29:2727-37.*
4. *Recommandations de la Société Française d'Endoscopie digestive. Surveillance endoscopique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Septembre 2004.*

F.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 15

CANCER DU COLON ET DU RECTUM

1. Avez-vous souffert d'un cancer du colon ou du rectum ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Si non, continuer les questions 2 à 7

2. Quel âge avez-vous ? |___|___| ans

2.a. avez-vous eu une recherche de sang dans les selles ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date de la dernière recherche ? |___|___| |___|___| |___|___|___|___|
j j m m a a a a

Résultat : ❏ Positive ❏ Négative

2.b. avez-vous eu une coloscopie ? ❏ oui ❏ non

Si oui, date de la dernière coloscopie ? |___|___| |___|___| |___|___|___|___|
j j m m a a a a

3. Avez-vous la notion qu'un des membres de votre famille (frères, sœurs, père, mère, oncles, tantes) a souffert d'un cancer du colon ou du rectum avant l'âge de 50 ans
❏ oui ❏ non

4. Avez-vous la notion qu'au moins deux des membres de votre famille (frères, sœurs, père, mère, oncles, tantes) ont souffert d'un cancer du colon ou du rectum quelque soit l'âge
❏ oui ❏ non

5. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie digestive inflammatoire chronique (par exemple maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) ?
❏ oui ❏ non

6. Dans votre famille (frères, sœurs, père, mère, grands parents, cousins), un des membres souffre-t-il de polypose adénomateuse ? ❏ oui ❏ non

7. Dans votre famille (frères, sœurs, père, mère, grands parents, cousins), un des membres souffre-t-il d'une affection appelée syndrome de Lynch (affection rare aussi appelée en français cancer colorectal héréditaire) ? ❏ oui ❏ non

Recommandation

- Si vous êtes à risque très élevé (une réponse positive aux questions 6 ou 7), un suivi personnalisé par un gastroentérologue est nécessaire avec en particulier des coloscopies fréquentes.
- Si vous êtes à risque élevé (une réponse positive aux questions 3 à 5), une coloscopie est nécessaire dont le rythme de répétition en cas d'examen normal est à fixer avec le gastroentérologue (entre 1 et 5 ans).
- Si vous êtes à risque moyen (âge au-delà de 50 ans), il est recommandé de faire une recherche de sang dans les selles tous les 2 ans et si positive de faire une coloscopie.

3. Maladies cancéreuses

G. Cancer du poumon

G.1. Justificatifs

Bien que l'on n'en connaisse pas encore les raisons, force est de constater qu'il existe un risque plus élevé de cancer du poumon au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et notamment de la polyarthrite rhumatoïde par rapport à la population générale.
Bien qu'il n'existe pas de dépistage systématique recommandé à l'heure actuelle pour le cancer du poumon (notamment chez les patients à risque comme les tabagiques), il nous a paru utile d'élaborer la fiche pratique n°16.

G.2. Références bibliographiques

1. *Bach PB, Silvestri GA, Hanger M, Jett JR; American College of Chest Physicians. Screening for lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest 2007;132(Suppl):69S-77S.*
2. *Yau G, Lock M, Rodrigues G. Systematic review of baseline low-dose CT lung cancer screening. Lung Cancer. 2007;58:161-70.*
3. *Welch HG, Woloshin S, Schwartz LM, et al. Overstating the evidence for lung cancer screening: the International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP) study. Arch Intern Med 2007;167:2289-95.*
4. *Askling J, Fored CM, Brandt L, et al. Risks of solid cancers in patients with rheumatoid arthritis and after treatment with tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005;64:1421-6.*

G.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 16

CANCER DU POUMON

1. Avez-vous souffert d'un cancer du poumon ? ❏ oui ❏ non

   Si non, poursuivre le questionnaire

2. Avez-vous eu une radiographie du poumon (cliché thoracique) de manière systématique ou pour rechercher spécifiquement un cancer du poumon ?
   ❏ oui ❏ non

Recommandation

- La pratique d'au moins un cliché thoracique est fortement recommandée dès que le diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique est posé.
- Dès lors qu'une radiographie du thorax est effectuée pour une quelconque raison (par exemple détection de risque de tuberculose ou d'autres infections), il est recommandé de vérifier l'absence de signe qui pourrait faire évoquer un cancer du poumon.
- On rappelle ici que le tabac est un grand pourvoyeur de cancer du poumon et qu'il est fortement recommandé de ne pas fumer.

3. Maladies cancéreuses

H. Lymphome

H.1. Justificatifs

Le lymphome est une prolifération tumorale anormale et anarchique de certaines cellules (lymphocytes) impliquées dans les mécanismes de l'inflammation et de défense contre les infections. Il existe un risque accru de lymphome dans certains rhumatismes inflammatoires chroniques et notamment le syndrome de Gougerot-Sjogren, le lupus érythémateux systémique, la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, …
Chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, le risque de survenue d'un lymphome est rare et semble lié à l'activité de la maladie. En d'autres termes, plus le rhumatisme est actif, plus le risque de développer un lymphome est grand.
Bien qu'il n'existe pas de technique de dépistage validée (autres que des symptômes et des signes cliniques) par quelque société scientifique, ce risque particulier de lymphome lié aux rhumatismes inflammatoires et la capacité de guérison totale d'un lymphome s'il est détecté tôt, nous ont incité à l'inclure dans ces recommandations

H.2. Références bibliographiques

1. *Asking J, Baecklund E, Granath F, et al. Anti-tumour necrosis factor therapy in rheumatoid arthritis and risk of malignant lymphomas: relative risks and time trends in the Swedish Biologics Register. Ann Rheum Dis 2009;68:648-53.*
2. *Kaiser R. Incidence of lymphoma in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature. Clin Lymphoma Myeloma 2008;8:87-93.*
3. *Smedby KE, Baecklund E, Askling J. Malignant lymphomas in autoimmunity and inflammation: a review of risks, risk fators, and lymphoma characteristics. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:2069-77.*
4. *Matteson EL. Should cancer screening be routine in rheumatoid arthritis? Nat Rev Rheumatol 2009;5:474-5.*

H.3. Fiche pratique

Voir page suivante

Fiche pratique n° 17

LYMPHOME

1. Souffrez-vous

a. d'une fièvre inexpliquée ? ❏ oui ❏ non
b. d'une perte de poids inexpliquée ? ❏ oui ❏ non
c. de sueurs nocturnes ? ❏ oui ❏ non

2. Avez-vous constaté l'apparition de ganglions (cou, aisselle, pli de l'aine) ?
❏ oui ❏ non

3. Avez-vous eu un examen clinique par un médecin pour rechercher des ganglions ou une grosse rate ?
❏ oui ❏ non

Recommandation

- Si vous répondez OUI à une des questions 1 ou 2, merci de le signaler à votre médecin qui jugera s'il est utile ou non de poursuivre les investigations à la recherche d'un lymphome.
- En l'absence de symptôme, un examen des aires ganglionnaires et de la rate par le rhumatologue traitant est souhaitable au moins une fois par an.

4. Ostéoporose

A. Justificatifs

L'ostéoporose est une fragilité des os pouvant conduire à des fractures. Au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et en particulier au cours de la polyarthrite rhumatoïde, le risque d'ostéoporose est augmenté.
Afin d'évaluer ce risque, il est nécessaire de reconnaître les facteurs prédictifs communs à la population générale mais également plus spécifiques ou plus fréquemment observés au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques.
C'est ainsi qu'au cours de la polyarthrite rhumatoïde on sait qu'une maladie active, une maladie évoluant depuis de nombreuses années, un traitement par corticoïdes, une sarcopénie associée (diminution de la masse musculaire) sont autant de facteurs de risque d'ostéoporose.
Ils viennent s'ajouter aux facteurs connus dans la population générale comme l'âge, la ménopause, le risque de chutes, le déficit en vitamine D, …
Toutes ces considérations ont justifié l'élaboration de la fiche pratique n° 18, pour faciliter la détection de ces facteurs de risque ainsi que le diagnostic précoce de l'ostéoporose.
Cette détection est facilitée par le fait que le rhumatologue est à la fois le médecin spécialisé dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires et dans celle de l'ostéoporose.

Références bibliographiques

1. *Haugeberg G, Uhlig T, Falch JA, et al. Bone mineral density and frequency of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis: results from 394 patients in the Oslo County Rheumatoid Arthritis register. Arthritis Rheum 2000; 43:522–30.*
2. *Lodder MC, de Jong Z, Kostense PJ, et al. Bone mineral density inpatients with rheumatoid arthritis: relation between disease severity and low bone mineral density. Ann Rheum Dis 2004;63:1576-80.*
3. *van Staa TP, Geusens P, Bijlsma JW, et al. Clinical assessment of the on-term risk of fracture in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2006;54:3104-12.*
4. *Orstavik RE, et al. Vertebral deformities in rheumatoid arthritis - a comparison to population based controls. Arch Int Med 2004;164:420–5.*
5. *Gough AK, Lilley J, Eyre S, et al. Generalised bone loss in patients with early rheumatoid arthritis. Lancet 1994;344:23-7.*
6. *Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Nouvelles recommandations de l'AFSSAPS. Actualisation 2006 www.afssaps.sante.fr*
7. *AFSSAPS. Traitement médicamenteux de l'ostéoporose cortisonique. Recommandations de Bonne Pratique 2003. www.afssaps.sante.fr*
8. *The IOF One-Minute Osteoporosis Risk Test. www.iofbonehealth.org*
9. *Leventis P, Patel S. Clinical aspects of vitamin D in the management of rheumatoid arthritis. Rheumatology 2008;47:1617-21.*

Fiche pratique n° 18

RISQUE D'OSTEOPOROSE

1. Prenez-vous un traitement médical pour lutter contre l'ostéoporose ?
❏ oui ❏ non

Si oui,
Supplémentation en calcium (comme Cacit®) ❏ oui ❏ non
Supplémentation en vitamine D (comme Uvedose®) ❏ oui ❏ non
Traitement par bisphosphonates (comme Fosamax®, Actonel®, Bonviva®, Fosavance®, Aclasta®) ❏ oui ❏ non
Traitement par ranelate de strontium (comme Protelos®) ❏ oui ❏ non
Traitement par raloxifène (comme Evista®, Optruma®) ❏ oui ❏ non
Traitement par tériparatide (comme Forsteo®) ❏ oui ❏ non
Traitement par dénosumab (comme Prolia®) ❏ oui ❏ non

2. Avez-vous souffert d'une fracture ? ❏ oui ❏ non

Si oui, merci de préciser l'os :
Col du fémur ❏ oui ❏ non
Tête de l'humérus ❏ oui ❏ non
Vertèbre ❏ oui ❏ non
Poignet ❏ oui ❏ non
Côte ❏ oui ❏ non
Autres ❏ oui ❏ non
Si autres, préciser ----------

3. Avez-vous diminué de taille de plus de 4 cm depuis l'âge de 20 ans ?
❏ oui ❏ non

4. Avez-vous un petit poids défini par un indice de masse corporelle inférieur à 19 (cf. fiche n° 5) ? ❏ oui ❏ non

5. Avez-vous pris ou prenez-vous de la cortisone pendant ou depuis plus de 3 mois consécutifs ?
❏ oui ❏ non

6. Faites-vous des chutes (au moins une fois par an) ou craignez-vous de tomber ?
❏ oui ❏ non

Recommandation

- Une réponse positive à une des questions de la liste (2 à 6) doit vous faire consulter un médecin pour discuter un traitement spécifique contre l'ostéoporose.

Fiche pratique n° 18 (suite)

RISQUE D'OSTEOPOROSE

7. Avez-vous la notion de diagnostic chez votre père ou mère d'une ostéoporose ?
❏ oui ❏ non

8. Avez-vous la notion de fracture du col du fémur chez votre père ou mère ?
❏ oui ❏ non

9. Souffrez-vous d'hypothyroïdie ou d'hyper-parathyroïdie? ❏ oui ❏ non

pour les femmes uniquement (hommes, passez directement à la question 13)

10. Votre ménopause a-t-elle débuté avant l'âge de 45 ans ?
❏ oui ❏ non

11. Vos règles ont-elles été interrompues pendant 12 mois consécutifs ou plus pour une raison autre que la grossesse, ménopause ou hystérectomie ? ❏ oui ❏ non

12. Avez-vous eu une ablation des ovaires avant l'âge de 50 ans sans avoir pris de traitement substitutif ? ❏ oui ❏ non

pour les hommes :

13. Souffrez-vous d'impuissance ou de manque de libido ? ❏ oui ❏ non

14. Avez-vous la notion de taux faible de testostérone ? ❏ oui ❏ non

Recommandation

- Mentionnez à votre médecin toute réponse positive à la liste des questions de 7 à 14 car cela pourrait influer sur la décision d'initier un traitement particulier pour lutter contre l'ostéoporose.

15. Avez-vous eu une mesure de la Densité Minérale Osseuse (DMO) par ostéo-densitométrie ?
❏ oui ❏ non

Si oui, quand |___|___| |___|___| 20 |___|___|
j j m m a a

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire doit avoir au moins eu une fois une évaluation de la DMO par ostéo-densitométrie.

Fiche pratique n° 18 (suite)

RISQUE D'OSTEOPOROSE

16. Avez-vous eu un dosage biologique de la vitamine D ?

❏ oui ❏ non ❏ je ne sais pas

Si oui, date du dernier dosage I___I___I I___I___I 20 I___I___I
j j m m a a

Résultats I___I___I,I___I µg/l ou

I___I___I,I___I mmol/l

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire devrait avoir eu au moins une fois un dosage biologique de la vitamine D.

17. Recevez-vous une supplémentation en vitamine D ? ❏ oui ❏ non

Recommandation

- Tout patient souffrant de rhumatisme inflammatoire ayant un taux de vitamine D <30 µg/l (ou ng/ml) ou 75 nmol/l devrait recevoir une supplémentation en vitamine D.

18. Buvez-vous régulièrement de l'alcool au-delà des limites raisonnables (plus de 2 verres d'alcool par jour) ? ❏ oui ❏ non

Recommandation

- Ne pas boire d'alcool ou boire dans les limites raisonnables.

19. Fumez-vous ou avez-vous régulièrement fumé des cigarettes, la pipe ou des cigares ?

❏ oui ❏ non

Recommandation

- La recommandation est simple : ne pas fumer.

Fiche pratique n° 18 (suite)

RISQUE D'OSTEOPOROSE

20. Est-ce que votre niveau d'activité physique est inférieur à 30 minutes par jour (ménage, jardinage, marche, footing) ?

❏ oui ❏ non

Recommandation

- Avoir une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour.

21. Quels sont vos apports calciques quotidiens en mg/jour ?
- Pour le calculer, voir la fiche détaillée en Annexe II.

I___I___I___I___I mg

Recommandation

- Apport calcique d'au minimum 1 200 mg/jour.

Annexe II

Calcul de vos apports calciques quotidiens

Tableau d'équivalences calciques[1]

Les valeurs sont données en milligrammes (mg) de calcium pour une portion moyenne, dont le poids (avant cuisson) ou le volume est indiqué entre parenthèses.
Une grosse portion = une portion moyenne x 1,5
Une petite portion = une portion moyenne x 0,5

1. **Lait :** 1 verre (100 ml) = 1 tasse - 1 bol = 3 verres		120 mg
2. **1 yaourt** (125 g) = 1 crème dessert		150 mg
3. **fromage blanc** (100 g) = 1 pot individuel		95 mg*
4. **petit-suisse :** petit modèle		28 mg
grand modèle		56 mg
5. **fromage à pâte cuite** (30 g)		263 mg*
6. **fromage à pâte molle** (30 g)		120 mg
7. **viande et poisson** (120 g)		15 mg
8. **1 œuf**		28 mg
9. **pommes de terre** (200 g)		20 mg
10. **frites** (160 g)		96 mg
11. **pâtes** (50 g) = semoule		10 mg
12. **légumes secs** (75 g)		53 mg*
13. **légumes verts** (200 g)		94 mg
14. **pain :**	1 ficelle (100 g)	25 mg
	1 baguette (200 g)	50 mg
	1 biscotte (10 g)	4 mg
15. **1 fruit** (150 g)		25 mg*
16 & 17. **Chocolat :**	1 barre de chocolat au lait ou blanc (20 g)	43 mg
	1 barre de chocolat noir (20 g)	13 mg
	1 tablette de chocolat au lait ou blanc (100 g)	214 mg
	1 tablette de chocolat noir (100 g)	63 mg
18. **eau du robinet** (100 ml) = 1 verre		9 mg
19. **eau minérale,** pour un verre (100 ml)		
	Badoit	22 mg
	Evian	8 mg
	Contrexeville	46 mg
	Perrier	14 mg
	Vichy Saint-Yorre	8 mg
	Vittel Hépar	55 mg
	Vittel Grande Source	20 mg
	Autre ou non précisée	10 mg*
20. **autres boissons :** 1 verre de vin, bière, cidre, jus de fruit		7 mg*
	TOTAL =	mg/j

* représente la moyenne de plusieurs aliments du même groupe

1 d'après Fardellone P, Sebert JL, Bouraya M, *et al.* Evaluation de la teneur en calcium du régime alimentaire par auto-questionnaire fréquentiel. *Rev Rhum* 1991;58:99-103

Remerciements

Ce manuel a été élaboré sous les auspices de la Société Française de Rhumatologie grâce à la collaboration de :

• **Patients :**	Elisabeth Dusart, Jean-Pierre Le Page, Yvette Leroux, Gabrielle von Krause
• **Infirmiers :**	Missoum Baccha, Danièle-Elise Grand, Catherine Le Bourlout, Maryse Mézières, Isabelle Polomé
• **Secrétaire :**	Martine Routier
• **Cardiologues :**	Eric Bruckert, Jean-Philippe Collet, Christophe Bauters, Bernard Chamontin, Nicolas Danchin, Michel Farnier, Jean Ferrières, Xavier Girerd, Daniel Thomas, Bruno Verges
• **Dermatologues :**	Marie-Françoise Avril, Michel Rybojad
• **Diabétologues :**	Fabrice Bonnet, Bernard Charbonnel
• **Gastro-entérologue :**	Stanislas Chaussade
• **Gynécologue :**	Christian Jamin
• **Infectiologues :**	Odile Launay, Valérie Martinez
• **Néphrologue :**	Gilbert Deray
• **Oncologues :**	Brigitte Dréno, Pascal Piedbois
• **Pneumologues :**	Bertrand Dautzenberg, Bruno Housset
• **Pharmaciens :**	Elisabeth Flipon, Aurélie Hesbert
• **Urologues :**	Thierry Flam, Pascal Rischmann, Morgan Rouprêt
• **Rhumatologues : (groupe de travail)**	Thomas Bardin, Francis Berenbaum, Karine Briot, Vincent Burki, Alain Cantagrel, Bernard Combe, Maxime Dougados, Anne Durnez, Isabelle Fabreguet, Bruno Fautrel, René-Marc Flipo, Laure Gossec, Jacques-Eric Gottenberg, Sandrine Guis, Aurélie Hesbert, France Lecoq d'André, Xavier Le Loët, Xavier Mariette, Magali Meyer, Paul Ornetti, Fanny Roure, Christian Roux (Paris), Adeline Ruyssen-Witrand, Carine Salliot, Jean-Philippe Sanchez, Alain Saraux, Thierry Schaeverbeke, Laetitia Sparsa, Martin Soubrier, Jacques Tebib
• **Rhumatologues : (groupe de relecture)**	Caroline Asquier, Frédéric Banal, Catherine Beauvais, Pascal Brochot, Gérard Chalès, Arnaud Constantin, Valérie Devauchelle, Patrice Fardellone, Cécile Gaujoux-Viala, Deborah Gensburger, Pascal Hilliquin, Florence Levy-Weil, Antoine Martin, Olivier Meyer, Pierre Monod, Jacques Morel, Henri Nataf, Stéphanie Rist, Fabienne Roux, Luca Semerano, Jean Sibilia, Elisabeth Solau-Gervais

L'impression de ce manuel a été réalisée grâce au soutien institutionnel de

Roche CHUGAI

SFR

société française
de rhumatologie